

***Aanvullende Verzekering voor
Ziekenfondsverzekerden***

2001

inhoudopgave

Artikel	blz.
<i>Begripsbepalingen</i>	3
<i>Definities</i>	3
<i>Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen</i>	4
<i>Fysiotherapie en oefentherapie</i>	5
<i>Stottertherapieën</i>	5
<i>Camouflagetherapie</i>	5
<i>Epilatie</i>	6
<i>Psoriasisdagbehandeling</i>	6
<i>Podothepapie</i>	6
<i>Geneeskundige en andere hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland</i>	6
<i>Bevalling en kraamzorg</i>	9
<i>Hulpmiddelen</i>	9
<i>Brillenglazen en contactlenzen</i>	10
<i>Bezoekkosten en reiskosten</i>	11
<i>Reumakuurreizen</i>	12
<i>Therapeutisch kamp voor jongeren met chronische aandoening</i>	12
<i>Herstellingsoord (niet AWBZ)</i>	12
<i>Verblijfkosten, logeerhuizen</i>	12
<i>Patiëntenverenigingen, lidmaatschap</i>	13
<i>Handicap, vakantie en begeleiding</i>	13
<i>Grondslag van de verzekering</i>	13
<i>Omvang van de verzekering</i>	13
<i>Duur en einde van de verzekering</i>	13
<i>Premiebetaling, gevolgen van niet-betaling en premierestitutie</i>	14
<i>Regeling van de vergoeding van kosten</i>	16
<i>Aansprakelijkheid van derden van kosten door de verzekeraar</i>	17
<i>Cessie / contractuele subrogatie</i>	17
<i>Andere verzekeringen</i>	17
<i>Vrijwaring van aansprakelijkheid</i>	18
<i>Rechten van de verzekerde</i>	18
<i>Verplichtingen van de verzekeringnemer</i>	18
<i>Overige bepalingen</i>	18
<i>Klachten en geschillen</i>	19
<i>Slotbepalingen</i>	19

Begripsbepalingen

De verzekering:

De verzekering(en) die onderwerp is (zijn) van de tussen verzekeraar en verzekeringnemer gesloten verzekeringsovereenkomst, welke aanspraak geeft op vergoedingen in aanvulling op de ziekenfondsverzekering bij, hetzij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds, hetzij voor de duur van de verzekering aldaar, op de ziekenfondsverzekering bij een ander ziekenfonds.

De verzekeraar:

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen U.A., statutair gevestigd in Wageningen, met wie de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds:

De Onderlinge Waarborgmaatschappij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds U.A.

De verzekeringnemer:

Degene die met de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst is aangegaan.

De verzekerde:

Degene die als zodanig op de polis staat vermeld, daaronder begrepen de verzekeringnemer.

De polis:

Het schriftelijk bewijs van inschrijving voor zowel de ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds als de aanvullende verzekering.

Definities

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Alternatieve geneeswijzen

Indien en zover in de pakketvoorwaarden een vergoeding is opgenomen voor de kosten van alternatieve geneeswijzen, komen deze kosten alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandelaar voldoet aan de voorwaarden zoals vermeld in lid 1 b.

De behandelaar dient:

- een in Nederland algemeen erkende opleiding tot het uitoefenen van de therapie/behandeling te hebben afgerond en in Nederland te zijn gevestigd;
- na- en bijscholing te volgen;
- een klachtenregeling te hanteren;
- te voldoen aan een in de kring van beroepsgenoten gebruikelijke gedragscode.

Onverminderd het bepaalde in lid 1.b van dit artikel, worden de kosten van acupunctuur, de kosten van manuele geneeskunde, Moermantherapie, natuur-geneeswijzen, orthomanipulatie en orthomoleculaire geneeskunde alleen vergoed indien de behandelaar een arts is.

Huidtherapeut (manuele lymfedrainage, camouflagebehandeling, epilatie)

Een huidtherapeut die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Schoonheidsspecialist (camouflagebehandeling, epilatie)

Een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Podotherapeut

Een podotherapeut die als daartoe bevoegde zorgaanbieder door de verzekeraar als zodanig is erkend.

Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet of de AWBZ of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben, als niets anders blijkt, bij gebruik van deze voorwaarden dezelfde betekenis.

Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

Verzekeraar vergoedt 75% van de kosten van een consult of behandeling voor de hierna genoemde alternatieve behandelingen en alternatieve geneesmiddelen tot een maximum van f 500,- per verzekerde per kalenderjaar:

- acupunctuur
- antroposofie
- chiropractie
- homeopathie
- manuele geneeskunde
- Moermantherapie
- natuurgeneeswijzen
- orthomanipulatie
- orthomoleculaire geneeskunde
- osteopathie

De tegemoetkoming in de kosten wordt alleen verleend, indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een arts of therapeut die voldoet aan de eisen genoemd in artikel 2.

De behandelingen te verlenen door een antroposofisch therapeut zijn beperkt tot:

- heileurytmie therapie
- kunstzinnige therapie
- muziektherapie
- dieettherapie

Vergoeding van de kosten van alternatieve geneesmiddelen geschiedt onder de volgende voorwaarden:

- de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een behandelend (alternatief) praktiserend arts;
- de geneesmiddelen zijn toegelaten krachtens een vergunning in de zin van artikel 2 Wet op de Geneesmiddelen;
- de geneesmiddelen worden afgeleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- de geneesmiddelen zijn bestemd voor inwendig gebruik en bestaan volledig uit homeopathische verdunning, dan wel zijn volledig antroposofisch van samenstelling (geproduceerd door Wala of Weleda).

Drinkampullen, alternatieve en reguliere zelfzorgmiddelen en voedingssupplementen zijn van vergoeding uitgesloten.

Fysiotherapie en oefentherapie

Verzekeraar vergoedt, op aanvraag van huisarts of specialist, de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck en Cesar, mits deze behandelingen een voortzetting vormen van een krachtens de Ziekenfondswet verstrekte behandeling fysiotherapie of oefentherapie.

Stottertherapieën

Verzekeraar vergoedt op verwijzing van huisarts of specialist de kosten van stottertherapieën door de instituten Del Ferro te Amsterdam en De Pauw te Lisse tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Camouflagetherapie

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar de kosten van de te volgen instructielessen en te gebruiken cosmetische producten tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Onder camouflagetherapie wordt verstaan de methode van het aan het zicht onttrekken van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en hals door het opbrengen van cosmetische middelen, alsmede het zich eigen maken van deze methode door instructies van een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Verzekeraar gaat alleen dan over tot vergoeding van kosten, indien zowel de behandelingen worden gegeven als de middelen worden verstrekt door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut die aan de in artikel 2 genoemde eisen voldoet.

Elektrische epilatie

Verzekeraar vergoedt op verwijzing door huisarts of specialist de kosten van eenmalig een serie behandelingen elektrische epilatie in verband met abnormale haargroei in de hals en het gelaat door middel van elektrische epilatie tot een maximum van f 1.250,-.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding van de kosten van elektrische epilatie over indien de consulten of behandelingen worden gegeven door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, die aan de in artikel 2 genoemde eisen voldoet.

Psoriasisdagbehandeling

Verzekerde heeft, op verwijzing van de huidarts, aanspraak op het aantal medisch noodzakelijke behandelingen in het Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden-Nederland te Ede tot een maximum van f 2.500,- per verzekerde per kalenderjaar.

Podotherapie

Op verwijzing door huisarts of specialist vergoedt verzekeraar de kosten van consulten en behandelingen door een podotherapeut en/of de kosten van podotherapeutische – of steunzolen tot een maximum van f 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

De hulpmiddelen in het kader van podotherapie zijn van vergoeding uitgesloten.

Verzekeraar gaat alleen dan tot vergoeding over indien de consulten en behandelingen worden gegeven door een podotherapeut die aan de in artikel 2 genoemde eisen voldoet.

Geneeskundige en andere hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Bij een verblijf van maximaal 6 maanden buiten Nederland heeft verzekerde recht op:

- vergoeding van kosten van spoedeisende, medisch noodzakelijke geneeskundige zorg en tandheelkundige zorg, met inachtneming van het onder punt 3 bepaalde, die tijdens het verblijf zijn ontstaan;
- organisatie van zorgverlening door de Alarmcentrale SOS International bij spoedeisende medische zorg; telefoonnummer: 020 - 651 51 51;
- kosten van de medisch noodzakelijke repatriëring van de gewonde of zieke, alsmede de organisatie van deze repatriëring door de Alarmcentrale SOS International;

zorgverlening door Euro-Centers op vertoon van de polis;
in geval van overlijden: vervoer van het stoffelijk overschot, georganiseerd door de Alarmcentrale SOS International, van de plaats van overlijden naar Nederland;
kosten van vervoer van de verblijfplaats in het buitenland naar het ziekenhuis en terug, in het geval van ziekenhuisopname wegens ziekte of een ongeval van een meereizend, meeverzekerd gezinslid. Vergoeding van de kosten vindt plaats op basis van de kosten van vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel dan wel, bij gebruik van eigen auto, op basis van een kilometerprijs van f 0,38. De maximale vergoeding bedraagt f 500,- per polis per kalenderjaar.

Spoeisende, medisch noodzakelijke farmaceutische zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking, indien daar een recept van de behandelend arts aan ten grondslag ligt.

Een opname in een ziekenhuis in het buitenland moet direct worden gemeld bij de Alarmcentrale SOS International. Opnames die niet tijdig zijn gemeld en opnames in privé-klinieken komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Tandheelkundige kosten

Onder tandheelkundige kosten worden uitsluitend verstaan: honoraria van (tand)artsen voor tandheelkundige behandeling, de door een (tand)arts in verband met deze behandeling gemaakte röntgenfoto's en de door een (tand)arts voorgeschreven geneesmiddelen.

De tandheelkundige kosten die verzekerde maakt voor dringend noodzakelijke tandheelkundige zorg worden vergoed tot maximaal f 750,- per kalenderjaar.

Tandheelkundige prothetische zorg, verleend tijdens verblijf in het buitenland, wordt door verzekeraar niet vergoed.

Uitsluitingen

De verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten als zich één van de volgende omstandigheden voordoet:

- de genees- of tandheelkundige zorg is niet dringend noodzakelijk en kan worden uitgesteld tot verzekerde weer in Nederland terug is;
- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat genees- of tandheelkundige zorg dan wel zorgverlening nodig zal zijn. In dat geval dient vooraf toestemming van de maatschappij te worden verkregen;
- de genees- of tandheelkundige zorg houdt verband met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde (tand)arts of specialist te verkrijgen;
- de geneeskundige zorg houdt verband met bevalling in het buitenland na 30 weken zwangerschap;
- de zorgverlening houdt verband met een ziekte of gebrek waarvoor verzekerde in Nederland reeds onder geneeskundige behandeling was;

de zorgverlening houdt verband met een gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij;
de zorgverlening houdt verband met een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
de zorgverlening houdt verband met dan wel is een gevolg van alcohol, bedwelmende, opwekkende of soortgelijke middelen;
de geneeskundige- of tandheelkundige zorg danwel de zorgverlening vloeit voort uit het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport en sporten die niet gangbaar zijn onder de gemiddelde recreatieve sportbeoefenaar;
de verzekerde of belanghebbende doet een onware opgave en/of geeft een verkeerde voorstelling van zaken. In dat geval vervalt het recht op uitkering voor de gehele vordering, ook voor die onderdelen, waarbij geen onware opgave is gedaan en/of verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
de zorgverlening houdt verband met gebeurtenissen, ontstaan of mogelijk geworden door opzet of grove schuld van verzekerde of belanghebbende;
de verzekerde of zijn/haar nabestaanden komen de hierna in artikel 10 lid 7 genoemde verplichtingen niet na.

Verplichtingen

De verzekerde of zijn/haar nabestaanden zijn verplicht:

- een ziekenhuisopname, noodzakelijke repatriëring en voortdurende poliklinische of andere langdurige medische behandelingen vooraf - en bij spoedopname binnen 48 uur - telefonisch te melden aan de Alarmcentrale SOS International;
- aan de maatschappij een door de behandelend arts of specialist in het buitenland ondertekende verklaring te overleggen, waaruit blijkt:
 - welke behandeling heeft plaatsgevonden (overeenstemmend met de gespecificeerde nota's) en
 - waarom in het buitenland, voorafgaand aan het transport naar Nederland, met de behandeling reeds een aanvang is gemaakt;
- aan de maatschappij te overleggen de originele gespecificeerde nota's met bewijzen van betaling;
- aan de maatschappij te overleggen de afschriften van recepten voor verstrekte genees- en verbandmiddelen van de arts of specialist die verzekerde in het buitenland heeft behandeld;
- in geval van taxi-, ambulance- of eigen vervoer aan de maatschappij een verklaring te overleggen van de behandelend arts of specialist, waaruit blijkt dat dergelijk vervoer medisch noodzakelijk was.

Overige bepalingen

Met inachtneming van het bepaalde in artikel 23 gaat de maatschappij slechts over tot vergoeding, voorzover de gemaakte kosten uitgaan boven de vergoedingen waarop krachtens een wettelijk geregelde verzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak kan worden gemaakt.

Bevalling en kraamzorg

Kraampakket

Bij thuisbevalling of (poli)klinische bevalling komt de vrouwelijke verzekerde in aanmerking voor een kraampakket. Het kraampakket bevat diverse artikelen die nodig zijn bij de bevalling.

Na aanmelding voor kraamzorg via de Amicon Servicelijn Kraamzorg, telefoon: 0900 - 202 50 03 (uiterlijk de 20^e week van de zwangerschap), krijgt verzekerde circa 3 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum het kraampakket thuisgestuurd.

Buzzer

Verzekerde krijgt gedurende zeven weken voor de uitgerekende, vermoedelijke bevallingsdatum de beschikking over een buzzer. Zij/hij dient daarvoor de in het kraampakket ingesloten aanvraagkaart in te sturen.

Poliklinische bevalling

Verzekeraar vergoedt de kosten van het niet-medisch noodzakelijk gebruik van de verloskamer in een ziekenhuis door verzekerde in verband met een bevalling die plaatsvindt onder leiding van een verloskundige of huisarts, tot een maximum van f 250,-.

Verlengde kraamzorg

De verzekerde die in aansluiting op kraamzorg, die uit hoofde van de ziekenfondsverzekering wordt vergoed, kraamzorg voor een langere periode behoeft, heeft met voorafgaande toestemming van de verzekeraar aanspraak op een vergoeding van maximaal 25 uur extra kraamzorg. De extra kraamzorg dient te worden aangevraagd door de huisarts, gynaecoloog of verloskundige en dient te worden verleend door een beroepsbeoefenaar met wie de verzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten.

Hulpmiddelen

Hoortoestellen

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd voor een hoortoestel tot een maximum van f 150,- per hoortoestel. Van vergoeding zijn uitgesloten de kosten van extra batterijen, onderhoudscontract, afstandsbediening en schoonmaaksetjes.

Borstprothesen

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd voor de borstprothese tot een maximum van f 350,-.

Pruiken

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd voor een pruik tot een maximum van f 150,-.

Orthopedisch schoeisel

Verzekeraar vergoedt de kosten van de eigen bijdrage die verzekerde op grond van de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet is verschuldigd voor orthopedisch schoeisel tot een maximum van f 50,-.

Steunzolen

Verzekeraar verleent, op verwijzing van huisarts of specialist, een bijdrage van f 15,- per steunzool eenmaal per twee kalenderjaren. De steunzolen dienen te worden afgeleverd door een orthopedisch schoentechnicus of een door de verzekeraar erkende leverancier van hulpmiddelen.

Halskraag

Verzekeraar vergoedt, op voorschrift van huisarts of specialist, de kosten van een niet-verstevigde halskraag.

Steunpessarium

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing door huisarts of specialist, de kosten van een steunpessarium. Het steunpessarium dient te worden geleverd door de apotheek.

Hulpmiddelen in bruikleen bij thuisverpleging

Verzekerde heeft, op verwijzing door huisarts of specialist, recht op ter beschikkingstelling van de volgende artikelen in bruikleen, indien en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat:

- plaswekker;
- slijmzuiger;
- bewakingsmonitor voor baby's.

Brillenglazen en contactlenzen

Verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een tegemoetkoming in de kosten van een eenmalige aanschaf van hetzij enkelvoudige brillenglazen of contactlenzen, hetzij meervoudige brillenglazen of contactlenzen, volgens de volgende tabel:

<i>Sferische sterkte in dioptrieën</i>	<i>enkelvoudig glas/lens</i>	<i>meervoudig glas/lens</i>
4.25 - 6.00	f 50,-	f 80,-
6.25 - 8.00	f 60,-	f 90,-
8.25 - 10.00	f 70,-	f 100,-
10.25 - en meer	f 80,-	f 110,-

Art. 14 **Bezoekkosten en reiskosten**

1 **Bezoek opgenomen gezinslid in Nederland**

Indien een verzekerde in een in Nederland gelegen ziekenhuis of revalidatie-instelling verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van f 0,38 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar de opgenomen verzekerde, tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar per polis.

- 2 Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

- 3 De tegemoetkoming wordt verleend over het aantal kilometers dat de 500 kilometer per kalenderjaar te boven gaat en op basis van één bezoek per dag.

- 4 Bij de vergoeding van het aantal kilometers wordt de afstand bepaald door middel van een door de verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

5 **Bezoek opgenomen gezinslid in Davos**

Indien een verzekerde in het Nederlands Astmacentrum te Davos (Zwitserland) verblijft, verleent verzekeraar een tegemoetkoming van f 0,38 per kilometer in de kosten van vervoer vanaf het woonadres van de bezoekende verzekerde naar het opgenomen meeverzekerde gezinslid tot een maximum van één bezoek per kwartaal.

- 6 Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden maximaal de reiskosten van twee bezoekende meeverzekerden op basis van vervoer in de laagste klasse eenmaal per kwartaal vergoed.

Voorwaarde voor het toekennen van de tegemoetkoming is, dat de bezoekende en opgenomen verzekerde behoren tot hetzelfde gezin, d.w.z. dat de bezoekende en opgenomen verzekerde bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds zijn ingeschreven in de zin van artikel 4 Ziekenfondswet, dan wel voor een dergelijke inschrijving in aanmerking zouden kunnen komen indien zij niet over een eigen rechtsgrond voor inschrijving in de ziekenfondsverzekering zouden beschikken of bij Amicon Zorgverzekeraar particulier verzekerd zijn.

7 **Reiskosten in verband met diverse therapieën**

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming van f 0,38 per kilometer in de kosten van vervoer voor de volgende therapieën:

- Stottertherapie van het Del Ferro Instituut te Amsterdam of De Pauw Instituut te Lisse;
- Psoriasisdagbehandeling in het Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden Nederland te Ede.

Bij de vergoeding van het aantal kilometers wordt de afstand bepaald door middel van een door de verzekeraar gehanteerde afstandstabel.

Bij gebruikmaking van openbaar vervoer worden de kosten vergoed op basis van openbaar vervoer in de laagste klasse.

Reumakuurreizen

Verzekerde komt, op aanvraag van huisarts of behandelend specialist en met toestemming vooraf van de verzekeraar in aanmerking voor deelname aan een groepsreumakuurreis, indien verzekerde lijdt aan reumatoïde artritis of de ziekte van Bechterew. Aanvang, duur, bestemming en overige voorwaarden worden jaarlijks door de verzekeraar bepaald.

Therapeutisch kamp voor jongeren tot 18 jaar met chronische aandoening

Verzekeraar vergoedt, op verwijzing van huisarts of specialist, de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp in Nederland voor jongeren tot 18 jaar met een chronische aandoening, tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

Herstellingsoord (niet AWBZ)

Verzekeraar verleent, op verwijzing door huisarts of specialist, een tegemoetkoming in de kosten van het verblijf van verzekerde in een door verzekeraar erkend herstellingsoord.

De tegemoetkoming bedraagt f 75,- per dag van het verblijf en wordt per verzekerde verleend voor een periode van ten hoogste 42 dagen per kalenderjaar.

Verblijfskosten: Logeerhuizen

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf in een door verzekeraar erkend logeershuis van f 25,- per etmaal per opgenomen gezinslid. Verzekeraar gaat hier toe over indien zowel de bezoeker als het opgenomen gezinslid bij verzekeraar zijn verzekerd.

Verzekeraar verleent een tegemoetkoming in de kosten van verblijf van een door verzekeraar erkend logeershuis van f 75,- per etmaal. Voorwaarde voor het toekennen van deze tegemoetkoming is, dat het verblijf van verzekerde onmiddellijk volgt op of voorafgaat aan opname in een ziekenhuis.

Patiëntenverenigingen: lidmaatschap

Verzekeraar vergoedt eenmalig de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Handicap, vakantie en begeleiding

Gehandicapte verzekerden, die hetzij voor de dagelijkse verzorging zijn aangewezen op thuiszorg door een thuiszorginstelling, hetzij van een zorgkantoor AWBZ een persoonsgebonden budget hebben ontvangen, kunnen op aanvraag van huisarts of specialist gebruik maken van de diensten van de Internationale Hulp Dienst (IHD), telefoon: 0299 - 65 75 57.

Deze diensten bestaan uit het regelen van een vakantiereis naar het buitenland naar door de IHD vastgestelde bestemmingen en het bemiddelen bij het zoeken van zorg gedurende deze reis.

Grondslag van de verzekering

Het ingevulde en ondertekende aanvraag- of aanmeldingsformulier geldt met de eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk verstrekt, als grondslag van de verzekering.

De verzekeraar is generlei verstrekking en / of vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door hem te bepalen tijdstip te beëindigen indien de mededelingen in het aanvraag- of aanmeldingsformulier dan wel de nadere gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden werden verzwegen welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien de verzekeraar daarvan kennis had gedragen.

Omvang van de verzekering

De onderdelen van de verzekeringsovereenkomst zijn omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden en in de polis. De polis en de verzekeringsvoorwaarden vormen samen een geheel.

Duur en einde van de verzekering

De verzekering wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar en daarna stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd.

De verzekering die is aangevangen in de loop van een kalenderjaar wordt aangegaan voor de duur van dat jaar en het daaropvolgende kalenderjaar, waarna de verzekering - behoudens opzegging zoals bedoeld in artikel 23 lid 3 - stilzwijgend wordt verlengd voor een periode van een kalenderjaar.

De verzekeringnemer kan door opzegging middels aangetekend schrijven zijn/haar verzekeringsovereenkomst beëindigen met ingang van 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin de opzegging heeft plaatsgehad, mits de schriftelijke opzegging de verzekeraar voor 1 november heeft bereikt.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde bij beëindiging van de Ziekenfondsverzekering bij Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.

De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen na verloop van een termijn van 30 dagen waarbinnen de verzekeringnemer nalatig is zijn/haar premie te voldoen. De verzekeraar verstrekt de verzekerde een bevestiging van deze beëindiging.

Middels schriftelijke mededeling met opgaaf van redenen kan de verzekering voorts worden beëindigd door de verzekeraar op een door de verzekeraar te bepalen tijdstip, indien:

de verzekeringnemer naar het oordeel van de verzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van inlichtingen als bedoeld in artikel 31 van deze voorwaarden;

de verzekeringnemer handelt in strijd met deze voorwaarden; zich omstandigheden zoals bedoeld in artikel 21.2 van deze voorwaarden voordoen.

De verzekering eindigt voor elke verzekerde met ingang van de dag volgend op de dag van zijn/haar overlijden. De verzekering loopt in dit geval, ten behoeve van de wettige erfgenamen van verzekerde, echter door voor zover zij een aanspraak op vergoeding van kosten in verband met het overlijden van verzekerde inhoudt.

Premiebetaling, gevolgen van niet-betaling en premierestitutie

De premie wordt door de verzekeraar vastgesteld. De gewijzigde premie wordt op een door de verzekeraar te bepalen wijze ter kennis gebracht aan de verzekeringnemer.

De premie is bij vooruitbetaling verschuldigd en wordt maandelijks voor de eerste dag van die maand in rekening gebracht tezamen met de nominale premie voor de ziekenfondsverzekering.

De verzekeraar zal aan de verzekeringnemer, die de premie voor de verzekering contant betaalt, een bewijs van betaling afgeven. Wanneer betaling plaatsvindt via bank of postbank geldt het betreffende dagafschrift als bewijs van betaling.

Indien de verzekering ingaat op een dag gelegen tussen twee premieervaldata wordt de premie in rekening gebracht met ingang van de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de inschrijving plaatsvond.
Indien de verzekering wordt beëindigd op een dag tussen twee premieervaldata wordt de premie in rekening gebracht tot de eerste dag van de maand direct volgend op de maand waarin de beëindiging plaatsvindt.

De premie is verschuldigd door de verzekeringnemer voor alle - op zijn/haar polis ingeschreven - verzekerden met inachtneming van het bepaalde in artikel 21.1. Verzekeraar is bevoegd voor kinderen tot 16 jaar een kinderpremie vast te stellen dan wel premievrijstelling te verlenen. De premie is tevens verschuldigd door de verzekeringnemer die de leeftijd van 16 jaar nog niet heeft bereikt en die als verzekerde in de zin van artikel 3 Ziekenfondswet is ingeschreven.

Voor verzekerden die tijdens de duur van de verzekering de 16-jarige leeftijd bereiken, vervalt de uit hoofde van hun leeftijd toegekende premievrijstelling dan wel kinderpremie. De premie is dan verschuldigd met ingang van de maand volgend op de maand waarin de 16-jarige leeftijd wordt bereikt.

De verzekeraar heeft het incasseren van de premie opgedragen aan Amicon Zorgverzekeraar Ziekenfonds.

Het niet incasseren van de premie ontslaat verzekeringnemer niet van zijn/haar verplichting tot tijdige premiebetaling.

Niet-betaling:

indien de verzekeringnemer niet, of niet binnen een termijn van 30 dagen, zijn/haar premie voldoet, vervalt elk recht op vergoeding op grond van de verzekering en kan verzekeraar zonder ingebrekestelling de onderhavige verzekering beëindigen.

het recht op vergoeding op grond van de verzekering wordt weer van kracht op de dag volgende op die waarop het verschuldigde bedrag aan premie en kosten, zoals genoemd in sub c, door de verzekeraar is ontvangen, voor zover de verzekering niet is beëindigd.

indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering met betrekking tot achterstallige premie, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, alsmede de administratiekosten en wettelijke rente, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtigde kosten bedragen ten minste 15% van het te vorderen bedrag.

Al hetgeen verder de premiebetaling betreft, wordt geregeld door de verzekeraar.

Verzekerde is niet bevoegd de te betalen premie te verrekenen met de van verzekeraar te vorderen vergoedingen.

Regeling van de vergoeding van kosten

Vergoeding van kosten vindt plaats na indiening van de originele nota's, die op zodanige wijze gespecificeerd dienen te zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. De verzekeraar kan verlangen dat computernota's dienen te zijn gewaarmerkt door de zorgverlener.

Nota's die niet binnen 12 maanden na de datum waarop de verstrekking werd genoten, zijn ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.

Met inachtneming van hetgeen elders in deze voorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De vergoedingen zullen nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien:

- de zorgverlening verband houdt met oorlog, burgeroorlog, vijandelijke inval, oorlogstoestand;
- de zorgverlening verband houdt met een atoomkernreactie;
- de zorgverlening verband houdt met gebeurtenissen ontstaan of mogelijk geworden door opzet of grove schuld van verzekerde;
- de verzekerde bij vertrek naar het buitenland voorziet dat zorgverlening nodig zal zijn;
- de zorgverlening verband houdt met de vooropgezette bedoeling behandeling door een in het buitenland gevestigde (tand)arts te verkrijgen;
- de verzekerde een onware opgave doet en / of een verkeerde voorstelling van zaken geeft. In dat geval vervalt het recht op uitkering voor de gehele vordering, ook voor die onderdelen waarbij geen onware opgave is gedaan en / of verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Indien de verzekering is aangevangen dan wel wordt beëindigd in de loop van een kalenderjaar, behoudt de verzekeraar zich het recht voor, voor zover aan de vergoeding van uitkeringen en verstrekkingen per kalenderjaar per verzekerde een maximum is verbonden, de vergoeding vast te stellen naar rato van het aantal hele maanden gedurende welke de verzekerde is ingeschreven. Indien aan de verzekerde meer is vergoed dan waarop krachtens het aantal verzekerde maanden aanspraak bestaat, dan kan de verzekeraar het teveel uitgekeerde bij de verzekerde terugvorderen.

Verzekerde heeft geen aanspraak op vergoeding van kosten en verstrekkingen indien hij/zij hierop krachtens een wettelijk geregelde verzekering, zoals bijvoorbeeld de ziekenfondsverzekering, regeling van overheidswege of een andere overeenkomst aanspraak kan maken.

Verzekeraar is bevoegd (een) vergoeding(en) van kosten te verrekenen met (een) vordering(en) wegens niet-betaling van premie.

Aansprakelijkheid van derden

Indien naar het oordeel van de verzekeraar een derde aansprakelijk is voor het veroorzaken van een feit dat aanleiding geeft tot het verlenen van een vergoeding uit de verzekering, is verzekerde verplicht ten genoegen van de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken en kosteloos alle medewerking te verlenen welke kan strekken tot verhaal van de geleden schade.

Steeds wanneer een derde bij een aan verzekerde overkomen ongeval is betrokken, dient onmiddellijk aangifte van het ongeval te geschieden bij de betreffende overheidsinstantie en bij de verzekeraar.

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag verzekerde geen regeling (doen) treffen met een aansprakelijke derde of diens verzekeringsmaatschappij, behalve waar het gaat om het geldend maken van aanspraken ingevolge een reisverzekering.

Bij niet voldoen aan het bepaalde in dit artikel, vervallen de aanspraken van verzekerde jegens de verzekering, indien zij samenhangen met c.q. voortvloeien uit het ongeval.

Cessie / contractuele subrogatie

Zonder schriftelijke toestemming van de verzekeraar mag een verzekerde een vordering op de verzekeraar niet door middel van cessie of contractuele subrogatie overdragen aan een verzekeringsmaatschappij.

Andere verzekeringen

Indien - zo de in deze voorwaarden bedoelde verzekering niet bestond - door de verzekerde aanspraak zou kunnen worden gemaakt op verstrekkingen, vergoeding van kosten respectievelijk schaden op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, respectievelijk op grond van enige wet, enige overeenkomst of enige andere voorziening, is de in deze voorwaarden bedoelde verzekering eerst in de laatste plaats geldig. In zo'n geval is de verzekeraar alleen gehouden tot verstrekkingen en vergoeding van kosten waarop de verzekerde elders geen aanspraak zou kunnen doen gelden.

Vrijwaring van aansprakelijkheid

De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak op een vergoeding uit de aanvullende verzekering geldend te maken. De verzekeraar is tegenover de verzekerde niet aansprakelijk voor diens schade als gevolg van gebruik van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel in strijd met de geldende gebruiks-, veiligheids- en onderhoudsvoorschriften, of als gevolg van een door of vanwege de verzekeraar verstrekt hulpmiddel, zoals bedoeld in artikel 186, boek 6 van het Burgerlijk Wetboek.

Rechten van verzekerde

Verzekerde kan aanspraak maken op de vergoedingsregelingen, zoals die worden vastgesteld door de verzekeraar. De verstrekkingen staan vermeld in de voorwaarden, die aan verzekerden beschikbaar worden gesteld.

Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht tijdig en desgevraagd schriftelijk aan de verzekeraar alle inlichtingen te verstrekken die nodig zijn voor de juiste uitvoering van de verzekering. Onder deze verplichting vallen onder meer mededelingen inzake geboorte, huwelijk, overlijden, verhuizing, verandering van post- of bankrekeningnummer en andere omstandigheden van verzekeringnemer of een van de verzekerden die een wijziging in de verzekering tot gevolg kunnen hebben.

De verzekeringnemer alsmede de op zijn/haar polis ingeschreven verzekerden zijn verplicht, op verzoek van de verzekeraar een onderzoek door een door de verzekeraar aan te wijzen (para)medisch adviseur, technisch adviseur of tandarts toe te staan.

Overige bepalingen

Kennisgevingen door de verzekeraar aan de verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan zijn/haar laatst bij de verzekeraar bekende adres.

De verzekeraar registreert en is houder van de gegevens van zijn verzekerden. Deze registratie is gebonden aan de wettelijk vastgestelde regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het Privacy Reglement is uitgewerkt in het Reglement Persoonsregistratie Amicon Zorgverzekeraar Aanvullende Verzekeringen en ligt ter inzage bij de verzekeraar.

de verzekeraar heeft het recht de voorwaarden en/of de premie te wijzigen van de verzekering. Een dergelijke herziening geschiedt ingaande een door de verzekeraar vast te stellen datum.

de verzekeraar zal de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden en/of pakketvoorwaarden en/of de premies schriftelijk kenbaar maken aan de verzekeringnemer.

de verzekeringnemer die niet met een wijziging als omschreven in artikel 32 lid 3 sub a akkoord gaat, kan de verzekering per de ingangsdatum van de wijzigingen beëindigen, mits de verzekeringnemer hiervan binnen een maand na de kennisgeving als bedoeld in artikel 32 lid 3 sub b schriftelijk mededeling doet aan de verzekeraar.

de leden b en c van dit artikel zijn niet van toepassing bij een wijziging indien en voor zover deze voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen.

Klachten en geschillen

Klachten over de uitvoering van deze verzekering kunnen ter bemiddeling worden voorgelegd aan de klachtenfunctionaris van Amicon Zorgverzekeraar. Verzekerde doet dit binnen zes weken na bekendmaking van de genomen beslissing die de basis voor het geschil vormt.

Verzekerde kan, nadat bemiddeling door de klachtenfunctionaris heeft plaatsgevonden, het geschil voor bemiddeling of advies voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Alle overige geschillen uit de verzekering voortvloeiend, kunnen worden onderworpen aan de uitspraak van de bevoegde rechter, tenzij partijen overeenkomen dat het geschil op een andere wijze zal worden beslecht.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Slotbepaling

In de gevallen waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de verzekeraar.

Inwerkingtreding

De voorwaarden en vergoedingen worden van kracht met ingang van 1 januari 2001.